

# **NEAR MISS**

**UN INDICADOR DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE OBSTETRICIA**

**Dra. Beroiz, G; Dra. Salvo, M; Dr. Ferreiros A; Dra. Grossi J; Dr. Casale, R.  
Servicio de Obstetricia Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas**

---

# NEAR MISS

## UN INDICADOR DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE OBSTETRICIA

### RESUMEN

**Introducción:** Near Miss (**NM**) o complicación materna aguda grave (**CMAG**), ocurre en una mujer que durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la finalización del embarazo tiene una complicación grave que la lleva a estar cerca de la muerte, pero sobrevive. Representa un mejor indicador de salud a medida que la muerte materna (**MM**) disminuye. **Objetivo:** Estimar la incidencia de los casos con CMAG, según criterios de la OMS, en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas desde 1 de agosto de 2014 al 31 de julio de 2015.

**Resultados:** Hubieron 3293 nacimientos en el servicio de obstetricia en el periodo de estudio, 20 mujeres presentaron **CMAG**, con uno o más criterios de elegibilidad de la OMS. Las muertes maternas (**MM**) en el mismo periodo fueron 4. La incidencia de **CMAG** fue de 0,6%. El promedio de edad fue de 27 años +/- 7, el 30% (6) eran nulíparas, el 30%(6) fueron derivadas de otra institución. La complicación severa, se presentó en un 75% durante el embarazo. Sus causas fueron: Hemorragia 30% (6), HTA 20% (4), causas respiratorias 20% (4), neurológicas 10%(2), infecciosas 5% (1) y metabólicas 10% (2), HTA y hemorragia 5%(1). La OMS clasifica los criterios de **NM** para determinar la insuficiencia orgánica en: clínicos, de laboratorio y terapéuticos. El 55% presentó 2 criterios, 35% 1 criterio y 10% los tres criterios. Se finalizó el embarazo en 18 pacientes, por cesárea en el 83,3% (15) y cesárea + histerectomía en 16,6% (3). Dos mujeres continúan con su embarazo. Respecto a los resultados perinatales, hubieron 3 fetos muertos y 1 embarazo gemelar, la EG promedio de los recién nacidos fue de 32+/-5 y la media de peso fue de 1865 +/- 1073 y su mediana de 1620gr (25% 850 y 75% 2535). Se calcularon los siguientes indicadores: Mujeres con enfermedades potencialmente fatales (**MEPF**): **CMAG+MM: 24**; Razón de complicaciones maternas agudas graves=**CMAG/NV(x 1000 Nacidos Vivos)= 6,1/00**; Razón morbilidad materna severa: **RMMS:CMAG / MM = 5:1**; Índice Mortalidad Materna: **IMM: MM / MM +CMAG X100= 16,7%**

**Conclusiones:** El análisis de las Complicaciones Maternas Agudas graves podría usarse como indicador de calidad del cuidado materno, mejorando el sistema de vigilancia, con la cual se podría reducir la tasa de Mortalidad Materna

### PALABRAS CLAVE

Maternal morbidity - Maternal Mortality - Maternal Near Miss - Severe Acute Maternal Morbidity,  
Morbilidad Materna- Mortalidad Materna - Complicaciones Maternas Agudas Graves.

---

## INTRODUCCION

La razón de **Mortalidad Materna (RMM)**, ha sido la herramienta utilizada para la vigilancia del cuidado obstétrico de las mujeres y como indicador básico de calidad de salud de un país. Las hemorragias, las infecciones, los trastornos hipertensivos, el parto obstruido y las complicaciones de los abortos inseguros son los principales problemas que ponen en riesgo la vida de las mujeres que con intervenciones adecuadas y oportunas pueden disminuir este riesgo.

Se sabe que cada minuto que pasa, en el mundo ocurre una muerte materna, lo que representa entre 500.000 y 600.000 muertes de mujeres en edad fértil. En la región de América Latina y Caribe, esa cifra representa 15.000 muertes al año, lo que se traduce en una RMM de 130 por cien mil nacidos vivos. El riesgo de morir de una mujer relacionada con el embarazo, parto y puerperio es de 36 veces mayor en relación a la que ocurre en los países desarrollados<sup>1</sup>.

En este contexto, en 2010, Naciones Unidas enfatizó acerca de la necesidad de mejorar los sistemas de vigilancia de la Mortalidad Materna, lanzando la Estrategia Global para la Salud de las Mujeres y los Niños/as<sup>2</sup>. Allí se puntualizó sobre la producción de información confiable, la validación de instrumentos que permitan medir los progresos e identificación de las deficiencias de los servicios de salud y las prestaciones médicas desarrollando medidas correctivas, teniendo como objetivo dar cumplimiento a las metas comprometidas en los Objetivos Del Milenio 5 y 6.<sup>3</sup>

La Mortalidad Materna (**MM**) en la Argentina amerita esfuerzos para mejorar el sistema de vigilancia así como la introducción de intervenciones eficaces para evitarlas.

La **RMM** en Argentina, fue de 5,5 x cada 10000 nacidos vivos (NV) en 2009 (año de la pandemia de gripe A) y con una tendencia a la reducción en los últimos años por las múltiples acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios Provinciales (3,5 x cada 10000 NV en el año 2013)<sup>4</sup>. Para que la Argentina cumpliera con la meta propuesta en el Objetivo de Desarrollo del Milenio, la RMM debería haber llegado a 1,3 x 10000 Nacidos Vivos (NV) en 2015, pero es casi 3 veces superior a la comprometida por el país.

Desde hace aproximadamente dos décadas y en vista de la disminución de la **MM** en países desarrollados, la morbilidad materna severa fue sugerida como un mejor indicador del cuidado de la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. El análisis de la morbilidad materna da una visión más comprensiva de las fallas posibles en relación al cuidado obstétrico y, su vigilancia epidemiológica, y es una de las estrategias propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) /Organización Panamericana de la Salud (OPS) para lograr la disminución de la **MM**.

Surge así, definido por la OMS el concepto de **Maternal Near Miss (MNM) o el término en español, Complicaciones Maternas Agudas Graves (CMAG)**, representado por las mujeres que casi mueren pero sobrevivieron a una complicación severa del embarazo, parto o puerperio hasta el día 42, y se estima que comparten iguales condiciones patológicas y circunstanciales que aquellas que efectivamente murieron de la misma complicación.

Stones, en 1991, fue el primero en utilizar el término Maternal Near Miss, para definir una categoría de morbilidad que abarca aquellos casos donde se presentan eventos que

---

potencialmente amenazan la vida de la embarazada, proponiendo su estudio a nivel hospitalario o a nivel poblacional. De esta forma, dado que la incidencia de **CMAG** es sustancialmente mayor a las muertes maternas, su análisis y seguimiento aportan datos más fuertes para el análisis y mejoramiento de la calidad de atención, surgiendo así, una estrategia prometedora para reducir la **MM**. Sin embargo no fue hasta el 2009, en que se estandarizó el criterio con el que fue definida la **CMAG**.

La OMS desarrolló un conjunto de criterios que permiten la identificación de los casos de **CMAG** basados en la insuficiencia orgánica y en el criterio clínico, cuando el laboratorio y otras tecnologías no están disponibles<sup>5</sup>. (Esquema 1)

De esta forma es posible calcular su incidencia y su comparación a través del tiempo y entre las instituciones, la cual, según la misma fuente, podría variar dependiendo de varios factores, en un valor esperable que ronde  $7,5 \times 1000$  NV.

La OMS propone el continuo monitoreo e identificación de los casos de **CMAG y MM** como herramienta de evaluación de la calidad de atención brindada, para luego implementar la misma en tres etapas de manera cíclica: 1) evaluación de base, 2) análisis de situación, 3) implementación de intervenciones para mejorar los cuidados<sup>5</sup>.

Se publicó un trabajo realizado en 120 hospitales de 8 países de Latinoamérica. Los países que tuvieron los estimativos de **CMAG** más altos  $\times 1000$  nacidos vivos fueron Brasil, México y Cuba, aunque el trabajo tiene sus limitaciones<sup>6</sup>.

Dos trabajos recientes, realizados en la Argentina muestran resultados respecto a los indicadores propuestos por la OMS.

El primero, un colaborativo Multicéntrico transversal, en el cual colaboraron 25 hospitales de la RED AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires) se incluyeron abortos espontáneos e inducidos. Presentaron una incidencia de 0,8% de **CMAG** y la Razón de Morbilidad Materna fue de 15:1<sup>7</sup>.

El segundo, un estudio transversal realizado en las provincias de Santa Fé (10 maternidades) y Corrientes (3 maternidades) cuyo relevamiento de las muertes maternas y las **CMAG** se realizó por 3 meses. Tuvieron una incidencia de 0,5% de **CMAG** y una Razón de Morbilidad Materna de 4:1<sup>8</sup>

Por todo lo expuesto y en virtud de conocer los valores estimados de **CMAG** en una maternidad del sistema público de 3 nivel, que recibe pacientes complejas derivadas de todo el país, es que nos propusimos realizar el presente trabajo, prospectivo, bajo estrictos criterios de la OMS que sirva para establecer un valor de referencia.

---

## **OBJETIVO GENERAL**

Estimar la incidencia de los casos con CMAG, según criterios de la OMS, en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas desde 1 de agosto de 2014 al 31 de julio de 2015

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1-Conocer las causas de las CMAG
- 2-Evaluar resultados maternos y perinatales
- 3-Estimar la cantidad de Mujeres con Enfermedades Potencialmente Fatales (**MEPF**)
- 4-Estimar la razón de complicaciones maternas agudas graves (**RCMAG**)
- 5-Estimar la Razón morbilidad materna severa (**RMMS**)
- 6-Estimar el índice Mortalidad Materna (**IMM**)

## **MATERIAL Y METODOS**

### **DISEÑO**

Observacional Descriptivo Transversal

POBLACION: La población en estudio estuvo integrada por todas las pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas, que cursaron embarazo, parto y/o puerperio en el periodo comprendido desde 1 de agosto 2014 al 31 de julio 2015.

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

Mujeres con complicaciones maternas agudas graves, según criterios de la OMS, detectadas durante el embarazo, el parto o el puerperio.

Mujeres que mueren por cualquier causa durante el embarazo, el parto o el puerperio.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Mujeres con complicaciones maternas que potencialmente ponen en riesgo la vida y que ocurren durante el embarazo, parto o puerperio y que no cumplieron los criterios de la OMS.

Mujeres que presentaron complicaciones por aborto, en embarazos menores de 12 semanas de gestación, que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología.

En ese lapso, se identificaron a todas las mujeres que presentaron patologías potencialmente fatales y entre ellas, las que tuvieron patologías que pusieron en riesgo la vida, y las que murieron. Los criterios que se tomaron en cuenta para definir las **CMAG** fueron los de la OMS, basados en la disfunción orgánica. (Esquema 1)

Se revisaron todas las historias clínicas al momento del alta de las mujeres que sobrevivieron o no a la complicación aguda grave.

**ANALISIS ESTADISTICO:** El análisis estadístico fue realizado con el software Epiinfo versión 3.3.2 Las variables continuas se analizaron por medio de medidas de tendencia central y sus medidas de dispersión. Las variables cualitativas con medidas de frecuencia.

---

## VARIABLES DE RESULTADO

- **Mortalidad Materna (MM)**

La muerte de una mujer que está embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la finalización del embarazo por causas directas e indirectas.

- **Maternal Near Miss o Complicación Materna Aguda Grave (CMAG)**

Se refiere a una mujer que estuvo cerca de la muerte, pero que sobrevivió a una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la finalización del embarazo.

- **Nacido Vivo (NV)**

Es la expulsión o la extracción completa de un producto de la concepción de la madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera que es un nacido vivo.

- **Mujeres con Enfermedades Potencialmente Fatales (Women with Life-Threatening Conditions)**

Se refiere a todas las mujeres que reunieron las condiciones por haber sufrido complicaciones maternas agudas graves o que murieron. Es la suma de las complicaciones maternas agudas graves y las muertes maternas. **MEPF= CMAG+ MM**

- **Razón de Complicaciones Maternas Agudas Graves (MNM IR del inglés Maternal Near Miss Incidence Ratio)**

Es el número de complicaciones maternas agudas graves por cada 1.000 nacidos vivos. **RCMAG = CMAG/x 1000 NV**

- **Razón Morbilidad Materna Severa**

La proporción entre las complicaciones maternas agudas graves y las muertes maternas. **RMMS= CMAG / MM.**

- **Índice de Mortalidad Materna**

Es el número de muertes maternas dividido por el número de mujeres con enfermedades potencialmente fatales, expresado como un porcentaje. **IMM: MM/MM+CMAGX100**

- **Shock**

Hipotensión severa persistente, definida como tensión arterial sistólica < 90 mmHg durante 60 minutos con una frecuencia del pulso de 120 como mínimo, a pesar del reemplazo hídrico agresivo.

---

- **Paro Cardíaco**

Es la pérdida del conocimiento y ausencia de pulso y latido cardíaco.

- **Respiración Jadeante**

Es un patrón respiratorio terminal

- **Oliguria**

Diuresis < 30 ml/h durante cuatro horas o < 400 ml/24 h.

- **Alteraciones de la Coagulación**

Se pueden evaluar mediante el análisis clínico de la coagulación o por la ausencia de coagulación en donde se coloca la vía endovenosa después de siete a diez minutos.

- **Pérdida del Conocimiento**

Es una alteración profunda del estado mental que implica la pérdida total o casi total de respuesta a los estímulos externos. Se la define según la Escala de coma de Glasgow < 10 (coma moderado o grave).

- **Accidente Cerebrovascular**

Déficit neurológico de origen cerebrovascular que persiste por más de 24 horas o que la muerte lo interrumpe dentro de las 24 horas.

- **Eclampsia**

Presencia de hipertensión asociada a proteinuria y convulsiones.

- **Administración Continua de Vasoactivos**

La administración continua de dopamina, epinefrina o norepinefrina en cualquier dosis.

- **Sepsis**

Es un signo clínico de infección y 3 de los siguientes: T° >38° o <36°, Respiración >20/min, Pulso >90/min, Recuento de glóbulos blancos >12000.

---

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, desde el 1/8/2014 al 31/7/2015, se registraron 3236 nacimientos con recién nacidos vivos y 57 muertes fetales, en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas. Se identificaron 471 (14,3%) mujeres con Morbilidad Severa, 24 casos con complicaciones con riesgo de vida, 20 de ellas fueron identificadas como CMAG y 4 muertes maternas. (Esquema 2)

La incidencia de Complicaciones maternas Agudas Graves en nuestro servicio, fue del 0,6% y la Razón de MM 123 x 100000 NV.

Las características generales de las mujeres incluidas con CMAG, muestran una media de edad de 27+/- 7; 80% tenían estudios cursados por más de 8 años; 70% tenía pareja estable; 30% era primípara; 50% no tenía antecedentes de cesáreas. Una sola paciente (5%) cursaba un embarazo gemelar y 3 (16%) presentaban muerte fetal. Fueron derivadas de otro hospital 6 (30%)pacientes. (Tabla 1).

La finalización el embarazo fue por cesárea en 83,3% (15) y 16,7%(3) por cesárea e histerectomía, una de ellas con la técnica de embolización. Dos mujeres continúan con su embarazo.

Resultados perinatales: hubo 16 nacidos vivos, (1 gemelar) y 3 fetos muertos. La mediana de EG fue de 33 sem (25% 28sem - 75% 36sem) y el peso tuvo una mediana de 1620gr (25% 850 - 75% 2535).

La CMAG se presentó durante el embarazo en 75% (15) , 10% (2) intraoperatorio), 15% (3) postoperatorio inmediato.

La OMS clasifica los criterios de **NM** para determinar la insuficiencia orgánica en: clínicos, de laboratorio y terapéuticos. El 10 %(2) de las mujeres presentaron los tres criterios, 55% (11) presentó 2 criterios y 35%(7) 1 criterio.

Causas: Hemorragia 30% (6), HTA 20% (4), Causas Respiratorias 20% (4), Neurológicas 10% (2), Infecciosas 5% (1), Metabólicas 10% (2) y HTA + Hemorragia 5%(1). (Grafico 1)

Las causas de Hemorragia fueron: Acretismo Placentario, Atonía Uterina y Desprendimiento Placentario + CID y las de Hipertensión fueron HELLP y Eclampsia (Tabla 2)

Requirieron internación en Cuidados intensivos, (Terapia Intensiva Adultos o Unidad Coronaria), el 80% (16) de la pacientes y el 20% (4) de ellas fueron manejadas en la sala de Obstetricia o Clínica Medica. La media de días en Cuidados Intensivos fue de 4 +/- 1,7

Los tratamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos fueron: Administración de NTG, Transfusiones, Administración de vasoactivos, ATB, Intubación no anestésica, Corticoides, Sulfato de Mg y Anti coagulantes.

Se realizaron 6 (30%) laparotomías, todas con diagnostico de hemoperitoneo.

El 75% presentaron secuelas de variada gravedad, siendo la anemia e hipertensión arterial las más frecuentes, y 1 paciente continuo con una ureterostomía bilateral para su resolución futura.

Respecto a las Muertes Maternas, fueron 4 en el período de estudio analizado. Tres por causas indirectas, y una por causa directa (hemorragia post parto). Esta ultima paciente había finalizado su embarazo por cesárea en otro hospital.

---



Se calcularon los siguientes indicadores: (TABLA 3)

Mujeres con enfermedades potencialmente fatales (MEPF): **CMAG+MM: 24;**

Razón de complicaciones maternas agudas graves= **CMAG/1000NV= 6,18/00;**

**Razón morbilidad materna severa: RMMS: CMAG / MM = 5:1;**

**Índice Mortalidad Materna: IMM: MM / MM +CMAG X100= 16,7%.**

## DISCUSION

La Mortalidad Materna es un problema mundial, especialmente en países en desarrollo, utilizándose como medida de calidad de atención en Obstetricia. Un problema para cumplir con este objetivo son los subregistros y su baja prevalencia, especialmente en países desarrollados, por lo que este indicador sería poco útil para identificar las fallas en el sistema sanitario en relación con la atención en salud materna. En estos últimos años se determinó que la información que ofrecía el conocimiento de los casos de las CMAG o MNM relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, era más útil para ese objetivo, por compartir muchas características con las muertes maternas.

Las diferentes definiciones que se tomaron como criterios de identificación de los casos, fue una limitante fundamental para comparar los resultados obtenidos.

La OMS en 2009, desarrolló un conjunto de criterios basados en la insuficiencia orgánica, permitiendo la identificación de los casos severos, evitando así, la variabilidad y subjetividad en las definiciones. También propone el monitoreo de las mismas, a través de indicadores, que permitan conocer las incidencias locales y los patrones de mortalidad y morbilidad materna severa, comparándolos en el tiempo y con otros entornos.

En nuestro estudio, la incidencia de CMAG, fue de 0,6% y la RMM fue de 123 x 100000NV, el resto de los indicadores estuvieron en concordancia con el estudio de Abalos y col, realizado en las provincias de Santa Fé y Corrientes,<sup>8</sup> con una Razón de Complicaciones Agudas Maternas de 6,18x1000 NV, una Razón Morbilidad Materna Severa de 5:1 y un Índice de MM de 16,7%. Sabiendo que cuanto más bajo sea este último y más elevada sea la RMMS indican menos mujeres que mueren con enfermedades potencialmente fatales y en consecuencia mejor atención médica.

Se describe, además, un análisis detallado de la muerte materna desde este nuevo concepto que son las pacientes que sobreviven. Tiene la fortaleza de una descripción prospectiva, con un seguimiento realizado por el mismo equipo médico que, valoro a todas las pacientes, que fueron discutidas y resueltas en la mesa de gestión que se hace diariamente en el Servicio y con un análisis pormenorizado "caso por caso".

Nuestro Hospital es polivalente, de nivel IIIb de atención y centro de referencia de la región. Nuestro Servicio recibe derivaciones por patologías maternas y fetales, que requieren de la más alta complejidad para los cuales se realizan procedimientos complejos como la hemodinamia, como parte del tratamiento del acretismo placentario entre otros. Es el único Servicio de Medicina fetal, a nivel público, en la Provincia de Buenos Aires que recibe malformaciones fetales complejas para procedimientos de

---

cirugía fetal e integramos el Programa Nacional de cardiopatías congénitas. Todas estas prácticas no se realizan en ningún hospital de nivel II ni de nivel IIIa.

Las mujeres son derivadas desde la baja y mediana complejidad donde, probablemente, hubieran tenido un peor resultado obstétrico y perinatal.

Es muy importante aclarar esta situación, dado que la carga de enfermedad que nuestro servicio soporta influye muy negativamente en muchos de nuestros indicadores de calidad, como por ejemplo una tasa de cesárea cercana al 45% de los nacimientos.

Con el conocimiento de un valor real de CMAG estableceremos nuestro “gold standard” encontrando un “norte” hacia donde debemos direccionar nuestra futuras acciones de gestión interna en salud materna, mejorando nuestros procesos y específicamente con nuestros servicios de apoyo como las unidades de terapia intensiva, hemoterapia, cirugía cardíaca, infectología etc.

En otro punto de vista, brindar a las autoridades sanitarias de un insumo importante para el monitoreo de los resultados en la atención en maternidades de alta complejidad “nivel IIIb” con el fin de disminuir las brechas dentro del sistema público de salud.

Como en todo servicio de salud materna, el propósito es conocer nuestra realidad para poder mejorar e intervenir con las mejores prácticas, con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad materna.

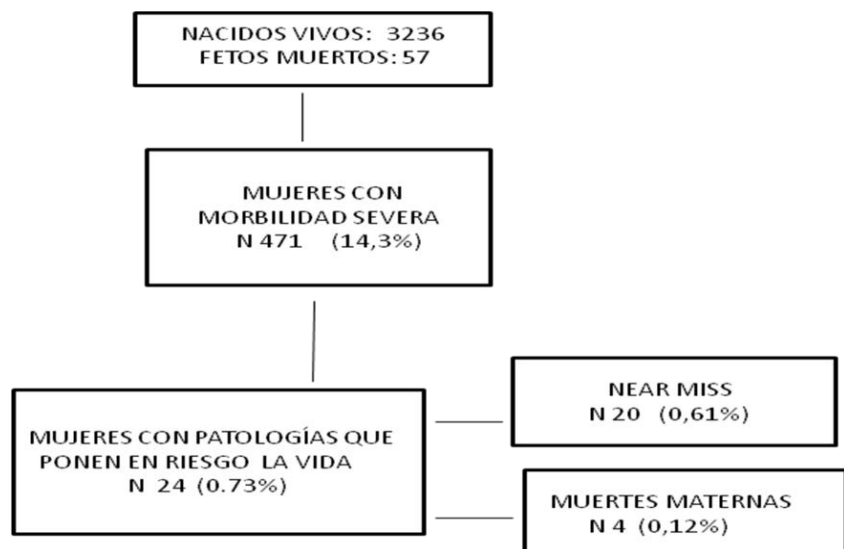
---

## GRAFICOS Y TABLAS

### ESQUEMA 1

Sistema o aparato disfuncional	Criterio clínico	Marcadores de laboratorio	Sustitutos basados en el manejo
Cardiovascular	<i>Shock</i> Paro cardíaco	Hipoperfusión severa (lactato > 5 mmol/l o > 45 mg/dl) Acidosis severa (pH < 7,1)	Administración continua de agentes vasoactivos Reanimación cardiopulmonar
Respiratorio	Cianosis aguda Respiración jadeante Taqipnea severa (frecuencia respiratoria > 40 /pm*) Bradipnea severa (frecuencia respiratoria > 6 /pm)	Hipoxemia severa (saturación de oxígeno < 90% durante ≥ 60 minutos o PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> < 200)	Intubación y ventilación que no tienen relación con la anestesia
Renal	Oliguria resistente a líquidos o diuréticos	Azotemia aguda severa (creatinina ≥ 300 μmol/l o ≥ 3,5 mg/dl)	Dialisis por insuficiencia renal aguda
Hematológico/de la coagulación	Alteraciones de la coagulación	Trombocitopenia aguda severa (< 50.000 plaquetas/ml)	Transfusión masiva de sangre/glóbulos rojos (≥ 5 unidades)
Hepático	Ictericia en presencia de preeclampsia Pérdida prolongada del conocimiento (durante > 12 horas) Accidente cerebrovascular	Hiperbilirrubinemia aguda severa (bilirubina > 100 μmol/l o > 6,0 mg/dl)	
Neurológico	Crisis epilépticas incontroladas/estado epiléptico Parálisis generalizada		
Uterino			Histerectomía después de infección o hemorragia

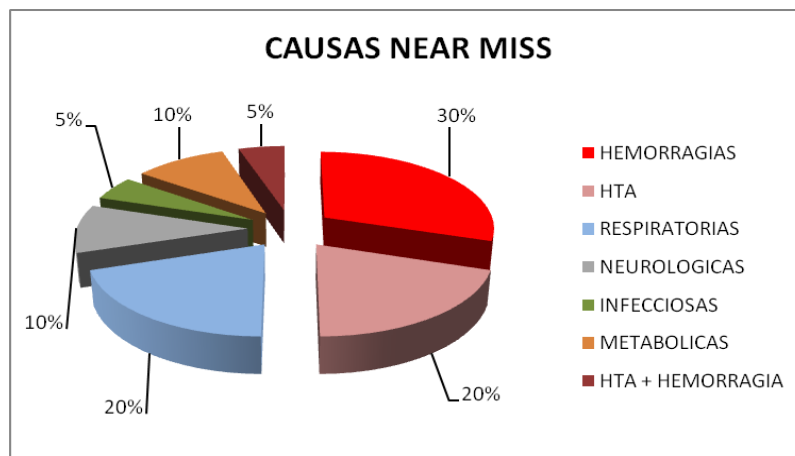
### ESQUEMA 2



**TABLA 1: CARACTERISTICAS BASALES (N=20)**

<b>EDAD (MEDIA Y DS)</b>	27 años +/- 7
<b>AÑOS DE ESCOLARIDAD</b>	
<6	1 (5%)
6 a 8	5 (25%)
9 a 11	8(40%)
>11	6(30%)
<b>ESTADO CIVIL</b>	
CASADA	1 (5%)
PAREJA ESTABLE	14 (70%)
SEPARADA	1 (5%)
SOLTERA	1 (20%)
<b>N° EMBARAZOS</b>	
0	6 (30%)
1	2 (10%)
2	6 (30%)
>3	6 (30%)
<b>N° CESAREAS</b>	
0	10 (50%)
1	3 (15%)
2	5 (25%)
>3	2 (10%)
<b>CARACTERISTICAS FETALES</b>	N= 20
EMBARAZO GEMELAR	1 (5%)
FETOS MUERTOS	3 (16%)

**GRAFICO 1 CAUSAS NEAR MISS**



**TABLA 2: FRECUENCIA DE PATOLOGIAS ESPECIFICAS (N=20)**

<b>HEMORRAGIAS</b>	<b>30% (N= 6)</b>
ACRETISMO	2
ATONIA	2
DESPRENDIMIENTO	2
<b>HIPERTENSION</b>	<b>20% (N= 4)</b>
HELLP	2
ECLAMPSIA	2
<b>HIPERTENSION + HEMORRAGIA</b>	<b>5% (N= 1)</b>
HELLP + HEMOPERITONEO	1
<b>RESPIRATORIAS</b>	<b>20% (N= 4)</b>
TEP	2
PARO RESPIRATORIO	1
TAQUIPNEA SEVERA	1
<b>NEUROLOGICAS</b>	<b>10% (N= 2)</b>
EPILEPSIA CON INTUBACION	2
<b>METABOLICAS</b>	<b>10% (N= 2)</b>
ACIDOSIS POR TERCER ESPACIO	1
CETOACIDOSIS DBT	1
<b>SEPSIS</b>	<b>5% (N= 1)</b>

**TABLA 3 INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD MATERNA (N= 24)**

<b>INDICADORES</b>	
MUJERES CON ENFERMEDADES POTENCIALMENTE FATALES	24
CMAG	20
MUERTES MATERNAS	4
RAZON DE COMPLICACIONES MATERNAS AGUDAS GRAVES	6,18/1000
RAZON DE MORBILIDAD MATERNA SEVERA	5:1
INDICE DE MM	16,70%

## REFERENCIAS

1. *Mejía Monroy, Aura, M; Tellez Becerril Gerardo; González Vargas Angel. Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas. Archivos de Investigación materno infantil Vol IV N°3 sep-dic 2012 pp146-153.*
  2. *Proyecto del Milenio de la ONU <http://www.un.org/millenniumgoals>*
  3. *Lozano R, Wang H, Foreman KJ, Rajaratnam JK, Naghavi M, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. Lancet. 2011 Sep 24;378(9797):1139-65.*
  4. *Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales: información Básica, año 2013. Ministerio de Salud de la Nación, 2013.*
  5. *Valuating the quality of care for severe pregnancy complications The WHO near-miss approach for maternal health 2011 World Health Organization 2011.*
  6. *Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health João Paulo Souza,a Jose Villar,c Guillermo Carroli Bull World Health Organ 2010;88:113–119).*
  7. *The epidemiology of life-threatening complications associated with reproductive process in public hospitals in Argentina A Karolinski [www.bjog.org](http://www.bjog.org) Published Online 13 August 2013.*
  8. *Morbilidad severa materna y neonatal : Vigilancia en servicios y capacidad de respuesta del sistema de salud Edgardo Abalos, Rev Argent Salud Pública, 2014; 5(18): 15-23).*
-